

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**“Затверджено”**

на методичній нараді кафедри  
внутрішньої медицини №3

**Завідувач кафедри**

професор \_\_\_\_\_  
(Л.В. Журавльова)

“29” серпня 2012 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ**  
**ДЛЯ СТУДЕНТІВ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль №2</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення
<i>Тема заняття</i>	<u>Гастроезофагіальна рефлюксна хвороба</u>
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	Медичний

Харків 2012

## **Змістовий модуль №2 «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»**

### **Практичне заняття №11**

#### **«Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)»**

##### **Актуальність**

Актуальність проблеми ГЕРХ стає в її великій розповсюдженості, наявності як типових, так і нетипових клінічних проявів, які утруднюють діагностику ГЕРХ, приводять до гіпердіагностики деяких захворювань, наприклад ІХС, погуршують перебіг бронхіальної астми, викликають важкі ускладнення, такі як стриктури стравоходу, кровотечі із виразок стравоходу і т. ін.

Розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає до 40%. Широкі епідеміологічні дослідження в країнах Західної Європи та США дослідження свідчать про те, що 40% осіб постійно (з різною частотою) страждають на печію – основний симптом ГЕРХ. В Росії розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає 40-60%, причому у 45-80% осіб з ГЕРХ знаходять езофагіт. Частота виникнення важкого езофагіту в загальній популяції складає 5 випадків на 100 000 населення на рік. Розповсюдженість стравоходу Баррета серед осіб з езофагітом наближається до 8% з коливаннями в діапазоні від 5 до 30%. В останні десятиріччя спостерігається значний ріст захворюваності на аденокарциному стравоходу (АКС) – зміна співвідношення «плоскоклітинний рак/аденокарцинома» з 9:1 до 8:2, частота її виявлення в теперішній час оцінюється як 6-8 нових випадків на 100 000 населення на рік. Частота АКС у пацієнтів зі стравоходом Баррета зростає до 800 випадків на 100 000 населення на рік.

Формування стриктур стравохода відмічено у 7-23% хворих ерозивно-виразковим езофагітом, виникнення кровотеч – у 2%. Серед осіб, що старіші за 80 років із шлунково-кишковиною кровотечами ерозії та виразки стравоходу були причиною в 21 % випадків, а серед пацієнтів відділень інтенсивної терапії, які перенесли операції – в 25% випадків.

##### **Навчальні цілі:**

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми ГЕРХ;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при ГЕРХ;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики ГЕРХ; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при ГЕРХ;
- навчити студентів призначати лікування при ГЕРХ.

##### **Що повинен знати студент?**

- частота зустрічаємості ГЕРХ;
- етіологічні фактори ГЕРХ;
- Патогенез ГЕРХ;
- основні клінічні синдроми при ГЕРХ;
- загальні та тривожні симптоми при ГЕРХ;
- фізикальні симптоми ГЕРХ;
- методи фізикального обстеження хворих на ГЕРХ;
- діагностика ГЕРХ;
- діагностичні можливості езофагогастроуденоскопії при ГЕРХ, показання, протипоказання;
- методика проведення інтрагастральної та інтраезофагіальної рН-метрії (в тому числі 24-годинна внутрішньостравохідна рН-метрія), клінічна оцінка результатів;

- рабепразоловий тест;
- рентгенологічні методи діагностики ГЕРХ;
- ускладнення при ГЕРХ, в т.ч. стравохід Баррета, аденокарцинома стравоходу;
- ведення хворих на стравохід Баррета;
- лікування ГЕРХ (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія, хірургічне лікування).

### **Що студент повинен вміти?**

- видаляти основні клінічні та фізикальні синдроми при ГЕРХ;
- інтерпритувати результати біохімічних та імуноферментних досліджень;
- інтерпритувати дані езофагогастроуденоскопії;
- інтерпритувати дані інтрагастральної та інтраезофагіальної рН-метрії;
- інтерпритувати дані рентгенологічних методів діагностики при ГЕРХ;
- інтерпритувати рабепразолового тесту;
- призначати лікування хворим на ГЕРХ.

### **Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти**

- обстеження живота;
- огляд живота;
- поверхнева пальпація живота;
- глибока методична ковзна пальпація органів черевної порожнини за Образцовим-Стражеском;
- симптоми подразнення черевини;
- огляд шкіри та слизових оболонок

## **Зміст теми**

### **Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)**

#### **Визначення**

ГЕРХ – це комплекс характерних симптомів з наявністю запальних змін дистальної частини стравоходу внаслідок закиду до стравоходу, що повторюється, шлункового та/або дуоденального вмісту; шлунково-стравохідний рефлюкс без супутнього запалення стравоходу також входить як складова частина ГЕРХ.

Необхідно відрізнити та правильно використовувати поняття “ерозивна ГЕРХ” та “неерозивна ГЕРХ). У першому випадку рефлюкс-езофагіт привожить до появи ерозій на слизовій поверхні стравоходу, а в іншому – ендоскопічні вияви езофагіту відсутні або є катаральний рефлюкс-езофагіт.

Таким чином неерозивна рефлюксна хвороба (НЕРХ) може бути як фазою ГЕРХ, так і однією із форм ГЕРХ. У цілому, розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає 40-60%, де особи з НЕРХ складають більше 60%. У патогенезі НЕРХ важливу роль відіграють особливості слизової стравоходу.

#### **Етіопатогенез**

За сучасними поглядами ГЕРХ розглядають як захворювання з первинним порушенням моторної функції стравоходу та шлунка. Основне значення в розвитку ГЕРХ має зменшення антрирефлюксного бар'єру, тонуся нижнього стравохідного сфінктера, збільшення числа епізодів послаблення нижнього сфінктера стравоходу, зниження стравохідного кліренса – здібності до самоочищення від шлункового рефлюктата, підвищення внутрішньошлункового тиску.

Додатковими факторами, що сприяють розвитку ГЕРХ, є агресивні фактори шлункового вмісту (хлористоводнева кислота, пепсин, жовчні кислоти, в меншому ступені -

панкреатичні ферменти, такі як трипсин, фосфоліпаза А-2) на фоні зниження резистентності епітелія стравоходу.

До чинників, які сприяють розвитку ГЕРХ слід віднести послаблення моторної функції шлунка, аж до гастропареза, зниження продукції слини (хвороба Шегрена), порушення холінергічної інервації стравоходу.

Певну роль в розвитку ГЕРХ відіграє мікроорганізм *Helicobacter pylori*, присутність якого в слизовій оболонці кардіального відділу шлунка негативно впливає на перебіг рефлюкс езофагіта.

До чинників розвитку ГЕРХ також відносять діафрагмальну килу, пептичну виразку шлунка та 12-палої кишки, функціональну шлункову диспепсію.

Крім того напої, що вмістять кофеїн – кофе, чай, какао, кока-кола, пепсі-кола, цитрусові соки; цитруси – померанч, лимон, грейпфрут, цитрони; алкоголь, молоко, томати та продукти, які приготовлені з них; хрон, часник, лук, перець та інші спеції сприяють кислотоутворенню в шлунку та знижують тонус нижнього сфінктера стравоходу

До основних факторів ризику ГЕРХ відносяться:

- стрес,
- поза (тривалі нахили тулуба),
- ожиріння,
- вагітність,
- паління,
- діафрагмальна грижа,
- ліки (антагоністи кальцію, бета-блокатори, антихолінергічні засоби),

Захисні механізми проти кислотно-пептичного фактора:

- рухівна активність стравоходу,
- саливація,
- резистентність стравохідного епітелію.

Крім епітеліального фактора в захисті стравоходу приймає участь мікроциркуляція.

Ерозії та виразки стравоходу, які виникають при повторних епізодах кислого рефлюксу, сприяють клітинним некрозам без адекватної епітеліальної репарації. Кінцевим результатом цього процесу може бути заміщення плоского багат шарового епітелію слизової оболонки дистального відділу стравоходу циліндричним шлунковим або кишковим епітелієм. Це є основою для верифікації діагнозу стравоходу Баррета.

## **Клініка**

Характерні симптоми захворювання:

- печія;
- гострий біль в гортані;
- гірка кислота та повітря;
- зригування;
- болісне або утруднене проходження страви по стравоходу;
- кислий або солоний присмак у роті;
- біль в епігастрії.

Ці симптоми виникають через 15-30 хвилин після їжі та провокуються продуктами, які стимулюють синтез кислоти та жовчі (жарена, гостра їжа, кислі соки, алкоголь, особливо сухим вином, газованими – кока-кола, фанта – та іншими напоями – кофе, шоколад, какао; використанням яєць всм'ятку та ін.

Рідше спостерігаються вірижка їжею, зригування кислотою, жовчю, нудота, дисфагія, блювання, відчуття «грудки» за грудиною.

Усі це значно погіршує якість життя пацієнтів, знижує їх ефективну працездатність.

*Позастравохідні прояви рефлюксної хвороби –*

- біль у грудній клітині;
- кашель (особливо нічний);

- напади ядухи;
- осиплість голосу;
- рецидивуючі пневмонії;
- хронічний бронхіт з астматичним компонентом;
- ретростернальний біль та біль в прекардіальній ділянці за типом стенокардії (треба диференціювати з ІХС);
- аритмії серця;
- карієс зубів –

часто спостерігаються при НЕРХ.

Ці скарги провокуються фізичним навантаженням, нахилами тулуба, переповненням шлунка рідкою, жирною, плотною та сладкою їжею, алкоголем та посилюються в нічний час.

*Дані при фізикальному огляді хворим :*

- сухість ротової порожнини (ксеростомія);
- гіпертрофіровані грибоподібні сосочки язика;
- іноді лівий чи правий френікус-симптоми (виражені при ларингіті та поєднуються з осиплістю голосу);
- при наявності позастравохідних проявів може бути: в легенях сухі, вологі, середньо- та дрібнопухирчасті хрипи, альвеолярна крепітація – при ураженні органів дихання; порушення частоти, ритму серця;

### **Діагностика**

Основним, так званим «золотим» стандартом діагностики ГЕРХ залишається ендоскопічний метод дослідження, новим – вирахування часу закислення нижньої третини стравоходу при цілодобовому моніторингуванні рН в стравоході

Методи інструментальної діагностики ГЕРХ та стравоходу Баррета:

- ендоскопічне дослідження;
- морфологічне дослідження;
- 24-годинна рН-метрія;
- хромоендоскопія;
- рентгенологічне дослідження наявності зворотнього затікання (закиду) контрасту в стравохід або діафрагмальна грижа при дослідженні хворого в горизонтальному положенні;
- манометричне дослідження (визначається тиск в дистальному відділі стравохода з використанням провокаційної проби – компресія живота. В нормі тиск в дистальному відділі стравоходу на 20-50% вище ніж в шлунку і складає 11-19 мм рт.ст, а при недостатності нижнього сфінктера майже не відрізняється від шлунка).
- тест Бернштейна;
- рабепразоловий тест.

**Згідно з останніми рекомендаціями, зараз прийнято використовувати лос-анжелівську класифікацію (1998) рефлюкс-езофагітів, що заснована та ендоскопічних критеріях , що характеризують зміни слизової оболонки стравоходу:**

Ступінь А – запальні зміни в слизовій обмежені в межах складки, до 5 мм;

Ступінь В – зміни в слизовій оболонці більше за 5 мм, які розповсюджуються на 2 складки;

Ступінь С - зміни в слизовій оболонці розповсюджуються на декілька складок, але не циркулярні;

Ступінь D – поширені запальні зміни в слизовій оболонці, які розповсюджуються більше ніж на 75% окружності.

## Диференційний діагноз

- b Пухлини стравоходу
- b Езофагоспазм
- b Пептичні стриктури стравоходу
- b Грижі стравохідного отвору діафрагми
- b Дифертикули стравоходу
- b Ахалазія кардії
- b Склеродермія
- b ІХС, аневризма аорти
- b Медастінальна аденопатія (захворювання крові, метастази та ін.)
- b Постхірургічні зміни (хірургічні втручання на шлунку, стравоході)

## Робоча класифікація ГЕРХ (Дегтярьова І.І., 2000):

- I ступінь: - клінічні прояви ГЕРХ (наявність або відсутність),  
- відсутність катарального запалення або еритема дистального відділу стравоходу;  
- цілодобовий час закиснення нижньої третини стравоходу збільшується до 15-30 хвилин
- II ступінь: - клінічні прояви ГЕРХ (у частини хворих можуть бути відсутніми),  
- ерозії дистального відділу стравоходу, що не зливаються та не захватують більшу його частину;  
- цілодобовий час закиснення нижньої третини стравоходу збільшується до 30-40 хвилин
- III ступінь: - виражені клінічні прояви ГЕРХ,  
- ерозії дистального відділу стравоходу, що зливаються та захватують більшу його частину;  
- цілодобовий час закиснення нижньої третини стравоходу збільшується до 60 хвилин
- IV ступінь: - виражені клінічні прояви ГЕРХ,  
- ерозії дистального відділу стравоходу, що зливаються та захватують всю його поверхню;  
- цілодобовий час закиснення нижньої третини стравоходу збільшується до 60 хвилин та більше на добу;
- V ступінь: - виражені клінічні прояви ГЕРХ,  
- хронічна виразка та стеноз стравоходу,  
- геморагічні ускладнення, стравохід Баррета;  
- цілодобовий час закиснення нижньої третини стравоходу збільшується до 60 хвилин та більше на добу;

## Ускладнення ГЕРХ:

- стриктури стравоходу;
- кровотеча з виразок стравоходу.

Крім цього може розвинутисть таке ускладнення ГЕРХ як стравохід Баррета - поява метаплазованого епітелію в слизовій оболонці дистального відділу стравоходу (циліндричний епітелій шлунка або, рідше, кишечника) внаслідок додаткового ураження захисних факторів слизової оболонки стравоходу та проліферації її підслизового шару – потенційно передраковий стан. До факторів, що сприяють виникненню стравоходу Баррета, відносять гіперсекрецію хлористоводневої кислоти, наявність жовчі в шлунковому вмісті, яка є складовою частиною стравохідного рефлюктату. Розповсюдженість стравоходу Баррета

серед осіб з езофагітом наближається до 8% (5-30%). Аденокарцинома стравоходу в 40% випадків асоціюється зі стравоходом Баррета.

Основний метод діагностики – ФГДС з гістологічним дослідженням біоптату. Біоптати необхідно брати із 4-х квадрантів, починаючи з гастроєзофагального з'єднання і проксимально кожні 1-2 см.

Імуногістохімічне дослідження виявляє в змінній слизовій суцразуізомальтазу – специфічний маркер епітелія Баррета.

### **Лікування.**

Зміну способу життя слід вважати обов'язковою передумовою ефективного лікування більшості пацієнтів. В першу чергу необхідно нормалізувати масу тіла, виключити паління та вживання алкоголю. Необхідно уникати фізичного навантаження (часті нахили, підняття нижніх кінцівок та ін.). Харчування повинно бути дрібним, у визначені години, останній прийом їжі – не пізніше 20.00 (за 3-4 години до сну). Спати з припіднятим головним кінцем. Виключити продукти що стимулюють кислотоутворення та знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера. Обмеження використання рідини на протязі дня та під час кожної їжі. Зменшити об'єм перших страв.

Основною задачею лікування ГЕРХ є зменшення часу контакту кислоти зі слизовою стравоходу. Чим інтенсивніша антисекреторна дія, тим ефективніше лікування, тому інгібітори протонної помпи (ІПП) є препаратами вибору при лікуванні ГЕРХ. Для вибору дози і режиму прийому ІПП мають суттєве значення попередня стадія езофагіту, час, протягом якого рН в стравоході менше за 4, наявність грижі стравохідного отвору діафрагми, індекс маси тіла, паління, а також виконання рекомендацій лікаря пацієнтом.

ІПП ПАРІЄТ (рабепразол) швидше ніж інші ІПП купірує симптоми, забезпечує оптимальний рівень рН вдень і вночі, має найбільш сильну антисекреторну дію, демонструє найкращий профіль безпеки, є ефективним засобом для лікування всіх форм ГЕРХ, що робить його “золотим” стандартом лікування цієї хвороби.

Прокінетики приводять до відновлення нормального фізіологічного стану стравоходу:

- підвищують тонус нижнього стравохідного сфінктера;
- посилюють перистальтику стравоходу і шлунка;
- поліпшують стравохідний кліренс.

Прокінетичний препарат МОТІЛІУМ призначають в дозі 10 мг 4 рази на добу за 30 хвил. До їжі.

Антациди ефективні в лікуванні помірно виражених і рідко виникаючих симптомів. Антациди, що всмоктуються, слід приймати зразу після їжі; антациди, що не всмоктуються, - альмагель – слід приймати через 1,5-2 год. після їжі та безпосередньо перед сном.

<b>ГЕРХ. Ерозивний езофагіт. Одиначні ерозії.</b>	<b>ГЕРХ. Ерозивний езофагіт. Множинні ерозії.</b>	<b>ГЕРХ: курс підтримуючого лікування після заживлення ерозій 26-52 тижні</b>		<b>НЕРХ.</b>
Основний курс лікування 4 тижні	Основний курс лікування 8 тижнів	При наявності ускладнень	При неускладненному перебігу	Без вказівок на наявність ерозивного езофагіту в анамнезі
Парієт 20 мг або препарати омепразолової групи 40 мг або лансопразол 60 мг 1 раз на добу.			Парієт 10 мг або препарати омепразолової групи 20 мг або лансопразол 30 мг 1 раз на добу. Можливий прийом “за потребою” – тільки при виникненні печії.	

Найбільш ефективне медикаментозне лікування ГЕРХ – це поєднання ІПП, прокінетиків та антацидів.

При лікуванні жовчного рефлюкса до комбінації ІПП та прокінетиків необхідно додати великі дози обволікаючих препаратів.

Антирефлюксне хірургічне (ендоскопічне) лікування показане при ускладненому перебігу захворювання, а також при доведеній неефективності медикаментозної терапії.

Активний диспансерний нагляд хворих на стравохід Баррета необхідний та обґрунтований наявністю можливості попередження аденокарциноми стравоходу шляхом ранньої діагностики дисплазії епітелію, предракового стану, що потенційно виліковується.



### Алгоритм лікування хворих на неерозивну рефлюксну хворобу (НЕРХ)\*

Скарги на печію		Анамнез (вказівка на наявність ерозивного езофагіту)	Статус хворого	Діагноз	Варіант лікування**	При неефективності - проведення ЕГДС	Підтримуюча терапія
Частота (раз на тиждень)	Тривалість (місяців)						
<2	<6		-	НЕРХ	Рабепразол 10 мг за вимогою (1-2 рази на тижд, але не рідше 1 разу) 4 тижня	ЕГДС: лікування ерозивного езофагіту (див.) або Рабепразол 10 мг на день до 8 тижнів	Не має
			ІМТ>30 та/або ГПОД	НЕРХ	Рабепразол 10 мг на день 4 тижня		
≥2	<6		-	НЕРХ			
			ІМТ>30 та/або ГПОД	НЕРХ			
			1 стадії***				
≥2	≥6		Потреба ЕГДС до лікування				
≥2		2 стадії****					

- \* - лікування проводиться після виключення симптомів «тривогі»
- \*\* - лікування проводиться на тлі дотримання рекомендацій щодо зміни способу життя, Зміна способу життя представляє собою основу ефективного лікування більшості пацієнтів. В прешу чергу необхідно нормалізувати індекс маси тіла (ІМТ), виключити паління та вживання алкоголю
- \*\*\* - одиничні ерозії
- \*\*\*\* - множинні ерозії

### Алгоритм лікування хворих на ерозивну рефлюксну хворобу (ЕРХ)

Дані ЕГДС	Анамнез (вказівка на наявність ерозивного езофагіту)	Діагноз	Варіант лікування**	Контрольна ЕГДС	Варіант лікування	Варіант підтримуючої терапії	Диспансерний нагляд
Незмінена слизова, катаральний езофагіт		НЕРХ	Див. лікування НЕРХ				По зверненню
Одиничні ерозії стравоходу	Ні	ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 1 ст.	Рабепразол 20 мг на день 4 тижні	Не потрібно		Рабепразол 10 мг (1-2 рази на тиждень) 16-24 тижня	1 раз на рік
Одиничні ерозії стравоходу	Є	ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 1 ст.	Рабепразол 20 мг на день 4 тижні	Незмінена слизова, катаральний езофагіт		Рабепразол 10 мг (1-2 рази на тиж-день) 16-24 тижня	1 раз на рік
				Ерозивний езофагіт	Продовжити прийом рабепразолу 20 мг на день 4 тижні	Рабепразол 10 мг на день 8 тижнів + рабепразол 10 мг за потребою (1-2 рази на тиждень) 8-16 тижнів	1 раз на рік
Множинні ерозії стравоходу різної площі		ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 2-3 ст.	Рабепразол 20 мг на день 8 тижні	Незмінена слизова, катаральний езофагіт		Рабепразол 10 мг на день 24 тижні	1 раз на рік
				Ерозивний езофагіт	Продовжити прийом рабепразолу 20 мг на день 4 тижні, додати прокінетики	Рабепразол 10-20 мг на день 24 тижні	2 рази на рік, включаючи ЕГДС

Множинні ерозії стравоходу різної площі та ускладнення (які не потребують негайного хірургічного втручання)		ГЕРХ. Ерозивний езофагіт 2-4 ст. Виразка стравоходу, пептична стриктура, стравохід Баррета	Рабепразол 20 мг на день 8 тижні, прокінетики, обволікаючі препарати	Незмінена слизова, катаральний езофагіт		Рабепразол 20 мг на день 24 тижні	2 рази на рік, включаючи ЕГДС
				Ерозивний езофагіт	Продовжити прийом рабепразолу 20 мг на день 8 тижнів, додати прокінетики, обволікаючі препарати	Рабепразол 20 мг на день 24 тижні	

**Контроль початкового рівня знань  
«Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)»**

1. Хворий на скаржиться на печію, відригування, що посилюється при нахилі тулуба, біль за грудиною при ковтанні. Чим зумовлена дана клінічна картина?  
**А. Хронічним гастритом**  
**В. ГЕРХ**  
**С. Виразкою шлунка**  
**Д. Виразкою 12-палої кишки**  
**Е. Хронічним холециститом**
2. У чоловіка 52 років, що страждає на ГЕРХ, прогресує слабкість, серцебиття, запаморочення. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, ангулярний стоматит. Пульс – 112 уд/хв., АТ – 90/60 мм рт.ст. Тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці серця. Печінка та селезінка не пальпуються. Чим зумовлені дані зміни?  
**А. Гемолізом еритроцитів**  
**В. Хронічним гастритом**  
**С. Анемією, яка викликана ГЕРХ**  
**Д. Анемією, яка викликана виразкою шлунка**  
**Е. Анемією, яка викликана вадою серця**
3. Жінка 35 років скаржиться на печію та біль при ковтанні. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?  
**А. Колоноскопія**  
**В. рН-метрія**  
**С. Ультразвукове дослідження**  
**Д. Рентгеноскопія шлунка**  
**Е. Езофагогастродуоденоскопія**
4. Хвора 24 років скаржиться на біль в грудній клітині під час сну, який зрідка супроводжується печією. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним?  
**А. ЕКГ**  
**В. рН-метрія**  
**С. Езофагогастродуоденоскопія**  
**Д. Рентгеноскопія шлунка**  
**Е. Ультразвукове дослідження**
5. Хвора 29 років скаржиться на печію, відрижку повітрям, періодичні болі при ковтанні. Який попередній діагноз найбільш ймовірний?  
**А. Гострий гастрит.**  
**В. Хронічний гастрит типу А.**  
**С. Хронічний гастрит типу В**  
**Д. ГЕРХ**  
**Е. Виразкова хвороба шлунка.**
6. У 20-річного службовця з'явилися болі в епігастрії, які супроводжувались печією. Прийом їжі знімає біль. Часто приймає соду, яка полегшує стан на короткий період часу. Який з перелічених методів найбільш інформативний для діагностики:

- А. Фракційне дослідження шлункового вмісту**
- В. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту**
- С. Фіброезофагогастродуоденоскопія**
- Д. рН-метрія шлунка**
- Е. Дуоденальне зондування**

7. Хворий 35 років скаржиться на болі в епігастрії після їжі, печію та відрижку. При фіброгастродуоденоскопії виявлена ерозії нижньої третини стравоходу. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. ГЕРХ**
- В. Хронічний гастрит**
- С. Виразка шлунка**
- Д. Хронічний гастродуоденіт**
- Е. ІХС**

8. Хворий 42 років скаржиться на утруднення при ковтанні твердої їжі, біль в нижній частині грудини, гикавку. Ваш попередній діагноз?

- А. Рак стравоходу**
- В. Дивертикул стравоходу**
- С. ГЕРХ**
- Д. Хронічний езофагіт**
- Е. Рак шлунка**

9. Хвора 49 років з підвищеною масою тіла скаржиться на біль в епігастрії та печію вночі. Який метод дослідження найдоцільніший?

- А. ЕКГ**
- В. Фракційне дослідження шлункового соку**
- С. УЗД**
- Д. Рентгеноскопія шлунка**
- Е. Езофагогастродуоденоскопія**

10. Хворий скаржиться на інтенсивний біль під мечоподібним відростком, який посилюється вночі, не проходить, а збільшується після їжі. Про яке захворювання можна думати в першу чергу?

- А. Виразка 12-палої кишки**
- В. Виразка шлунка**
- С. Хронічний гастрит типу А**
- Д. ГЕРХ**
- Е. Хронічний гастрит типу В**

**Контроль кінцевого рівня знань**  
**«Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)»**

- 1. У хворого, який скаржиться на печію, відрижку їжею, періодичний біль під мечоподібний відростком при ковтанні, виявлена анемія. Яка причина анемії найбільш вірогідна ?**
  - А. ГЕРХ
  - В. Хронічний гістрит типу А
  - С. Хронічний гастрит типу В
  - Д. Рак шлунка
  - Е. Всі вищеперераховані
- 2. З чим пов'язаний розвиток анемічного синдрому при ГЕРХ:**
  - А. Порушенням усмоктування заліза
  - В. Зниженням вмісту соляної кислоти
  - С. Зниженням фактора Кастла
  - Д. Наявністю антитіл до клітин шлунка
  - Е. Розвитком ерозій стравоходу
- 3. Яку клінічну характеристику має больовий синдром при ГЕРХ**
  - А. Зменшується після блювання
  - В. Посилюється під час сну
  - С. Посилюється при дефекації
  - Д. Супроводжується гіркотою в роті
  - Е. Збільшується після блювання
- 4. Які патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ переважають у вагітних жінок ?**
  - А. Дуоденостаз
  - В. Підвищення внутрішньочеревного тиску
  - С. Гастростаз
  - Д. Підвищення кислотності шлункового вмісту
  - Е. Зниження кислотності шлункового вмісту
- 5. Назвіть основні клінічні форми ГЕРХ**
  - А. Неерозивна та ерозивна ГЕРХ
  - В. Стравохідна та позастравохідна ГЕРХ
  - С. Стриктур стравоходу
  - Д. Стравохід Баррета
  - Е. Всі вище перераховані
- 6. Характерною особливістю болю при гастроезофагіальній рефлюксній хворобі є:**
  - А. Посилення після їжі
  - В. Посилення під час їжі
  - С. Тривалий та пекучий характер болю
  - Д. Ірадіація болю по ходу стравоходу
  - Е. Білю натщесерце
- 7. Стравохід Баррета це:**
  - А. Ускладнення виразки шлунка
  - В. Ускладнення виразки 12-палої кишки

- С. Ускладнення ГЕРХ
- Д. Ускладнення хронічного гастриту
- Е. Ускладнення цирозу печінки

**8. Для стравоходу Баррета характерне ?**

- А. Виразки стравоходу
- В. Виразки шлунка
- С. Анемія
- Д. Тонкокишкова метаплазія епітелію в слизовій стравоходу
- Е. Метаплазія епітелію кардіального відділу шлунка

**9. Рабепразоловий тест допомагає?**

- А. Діагностувати ГЕРХ
- В. Діагностувати виразкову хворобу
- С. Виявити рівень секреції шлунка
- Д. Діагностувати *H. pylori*
- Е. Діагностувати цироз печінки

**10. Найбільш ефективна комбінація препаратів при лікуванні ГЕРХ?**

- А. Інгібітор протонної помпи + прокінетик
- В. H<sub>2</sub>-блокатор гістамінових рецепторів+антациди
- С. Спазмолітики + прокінетики
- Д. М-холінолітик+ H<sub>2</sub>-блокатор гістамінових рецепторів
- Е. Спазмолітики+анальгетики

**Ситуаційні завдання**  
**«Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ)»**

1. Хворий 37 років скаржиться на біль у епігастрії, частіше під час сну, печію, які посилюється після вживання їжі. Об'єктивно: живіт безболісний при пальпації, печінка та селезінка не пальпуються. Який діагноз найбільш вірогідний?  
**А. Рак шлунка**  
**В. Виразка шлунка**  
**С. Хронічний гастрит**  
**Д. Хронічний холецистит**  
**Е. ГЕРХ**
2. Хвора 21 року, вагітна (вагітність 30 тижнів) скаржиться на постійну печію, відрижку. До вагітності не хворіла. Чим скоріш за все можуть бути зумовлені дані прояви у хворої?  
**А. Зниженням функції антирефлюксного бар'єру**  
**В. Зниженням кліренсу стравоходу**  
**С. Підвищенням внутрішньочеревного тиску**  
**Д. Порушенням спорожнювання шлунка**  
**Е. Нездатністю слизової оболонки стравоходу протистояти дії вмісту шлунка, яке закидається до стравоходу**
3. Хворий, який страждає на бронхіальну астму, скаржиться на напади задухи, які виникають при нахилах тулуба або в горизонтальному положенні. Ці прояви були розцінені ним як напади бронхіальної астми, але звичайні засоби купірування нападів не дали результатів. Чим можна пояснити дане явище?  
**А. Звиканням до засобів, що застосовуються**  
**В. Потребою збільшити дозу засобів, що зазвичай використовуються**  
**С. Наявністю поєднаної патології (ГЕРХ)**  
**Д. Необхідністю змінити засіб для купірування нападу**  
**Е. Необхідністю додати ще один засіб**
4. Хворий скаржиться на печію та відрижку, утруднене проходження їжі по стравоходу. При обстеженні – тест Бернштейна позитивний. Для якого захворювання це характерно?  
**А. Виразка шлунка**  
**В. Хронічний гастрит**  
**С. Хронічний панкреатит**  
**Д. ГЕРХ**  
**Е. Діскінезія жовчного міхура**
5. Хворий, 22 років, яка перебуває на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічному відділенні, встановлено діагноз ГЕРХ. Комбінація яких груп препаратів найбільш ефективна для лікування?  
**А. Спазмолітики+антациди**  
**В. Аналгетики+антациди**  
**С. Антибактеріальні препарати+інгібітори протонної помпи**  
**Д. Гепатопротекторні препарати+блокатори H<sub>2</sub>-рецепторів гістаміну**  
**Е. Інгібітори протонної помпи+прокінетики**
6. Хвора скаржиться на біль, що періодично виникає в надчревній ділянці під час сну та печію після прийому їжі. Об'єктивно: хвора має надмірну масу тіла. Ураження якого



органу найбільш імовірно?

- A. Шлунка**
- B. Жовчного міхура**
- C. Підшлункової залози**
- D. Кишечника**
- E. Стравоходу**

7. Жінку доставлено в клініку з болем під мечоподібним відростком, який виник під час сну, супроводжувався нудотою та одноразовим блюванням з домішками крові. В анамнезі: скарги на печію протягом останнього року. Живіт бере участь у акті дихання, помірно болючий в епігастрії. Яка найбільш імовірна причина абдомінального болю?

- A. Інфаркт міокарда**
- B. Гострий гастрит**
- C. Гострий панкреатит**
- D. Жовчна колька.**
- E. ГЕРХ**

8. Хвора, 48 років, скаржиться на періодичний біль в епігастрії, який посилюється при нахилах тулуба, печію після вживання будь-якої їжі. Після прийом 20 мг рабепразолу на протязі першого дня ці симптоми зникли. Для якого захворювання характерна ця клінічна картина?

- A. Хронічний гастрит типу B**
- B. Виразкова хвороба 12-палої кишки**
- C. ГЕРХ**
- D. Хронічний панкреатит**
- E. Хронічний гепатит**

9. Чоловіку з шлунковою диспепсією проведена ФГДС, при якій виявлено стравохід Баррета. Для якого захворювання характерне це ускладнення?

- A. Виразкової хвороби шлунку**
- B. Хронічного гастриту типу A**
- C. Хронічного панкреатиту**
- D. ГЕРХ**
- E. Хронічного гепатиту**

10. У хворого при ФГДС виявлені множинні ерозії стравоходу. З яким захворюванням пов'язане їх виникнення?

- A. ГЕРХ неерозивна форма**
- B. ГЕРХ ерозивна форма**
- C. Хронічний гастрит типу A**
- D. Жовчнокам'яна хвороба**
- E. Виразкова хвороба шлунка**

**ВІРНІ ВІДПОВІДІ НА ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ПО ТЕМІ:**

**«ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА (ГЕРХ)»**

**Гастроентерологія (початковий рівень знань)**

<b>1. В</b>
<b>2. С</b>
<b>3. Е</b>
<b>4. С</b>
<b>5. Д</b>
<b>6. Д</b>
<b>7. А</b>
<b>8. С</b>
<b>9. Е</b>
<b>10. Д</b>

**Гастроентерологія (кінцевий рівень знань)**

<b>1. А</b>	<b>6. А</b>
<b>2. Е</b>	<b>7. С.</b>
<b>3. В</b>	<b>8. Д</b>
<b>4. В</b>	<b>9. А</b>
<b>5. А</b>	<b>10.А</b>

**Ситуаційні задачі**

<b>1. Е</b>	<b>5. Е</b>	<b>9. Д</b>
<b>2. С</b>	<b>6. Е</b>	<b>10. В</b>
<b>3. С</b>	<b>7. Е</b>	
<b>4. Д</b>	<b>8. С</b>	

### **Контрольні питання.**

1. Дати визначення ГЕРХ.
2. Основні клінічні синдроми при ГЕРХ.
3. Характеристика больового синдрому при ГЕРХ.
4. Характеристика диспепсичного синдрому при ГЕРХ.
5. Позастравохідні прояви ГЕРХ.
6. Назвати методи діагностики ГЕРХ.
7. Назвати ускладнення ГЕРХ.
8. Клінічні прояви та діагностика стравоходу Баррета
9. Принципи лікування ГЕРХ
10. Спосіб життя та дієтотерапія при ГЕРХ.
11. Медикаментозна терапія при ГЕРХ
12. Хірургічне лікування при ГЕРХ
13. профілактика ГЕРХ

### **Практичні завдання.**

1. Провести курацію хворих з ГЕРХ.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження
4. Виписати рецепти щодо лікування ГЕРХ .

## Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)

П.І.П пацієнта \_\_\_\_\_  
Вік \_\_\_\_\_ професія \_\_\_\_\_

Скарги хворого \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anamnesis morbi

Вважає себе хворим з \_\_\_\_\_, коли вперше з'явились \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Останнє загострення з \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anamnesis morbi

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Результати фізикального обстеження хворого:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Попередній діагноз:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### План обстеження:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Результати додаткових методів дослідження:**

---

---

---

---

---

**Обґрунтування клінічного діагнозу:**

---

---

---

---

---

---

---

**Клінічний діагноз:**

**Основне**  
**захворювання**\_\_\_\_\_

**Супутнє захворювання**

---

---

---

**Ускладнення**

---

---

---

**Лікування:**

- 1. Режим\_\_\_\_\_
- 2. Дієта\_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. ....

## **Матеріали, які необхідні для самопідготовки**

1. В.Г.Передерій, С.М.Ткач. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб в 2-х томах. Київ, Манускрипт, 1998.
2. Ш.М.Ганджа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба та ін. Внутрішні хвороби. К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
3. Н.І.Швець, А.В.Підаєв, Т.М.Бенца та ін. Еталони практичних навиків з терапії. Київ, Главмеддрук, 2005, 540 с.
4. Н.И.Швец, А.В.Пидаев, Т.М.Бенца и др. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины. Киев, 2006. – 752 стр.
5. В.Н. Хворостинка, Н.И. Яблучанский, С.Н. Панчук, ЛюМю Пасиешвили. Клиническая гастроэтерология. Харьков, Основа, 368 с.
6. О.Я. Бабак, Г.Д. Фадеенко Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.- К.: Интерфарма, 2000, 324 с.
7. И.И. Дегтярева Заболевания органов пищеварения.- К.: Демос, 2000,- 412 с.